

нетических механизмах в участии формирования патологической эметогенной (диспепсической) детерминанты.

Как показали исследования, в патогенезе этих нарушений тесно взаимосвязаны биохимические процессы, отражающие явления токсического воздействия (лекарственный и катаболический эндотоксикоз) и психологические факторы.

Так, опрос пациенток и наблюдение за их поведением, показали, что признаки предварительной диспепсии и астено-вегетативных расстройств у всех (100%) женщин тесно ассоциировались с красным цветом, который сам по себе постепенно становился ключевым триггерным механизмом возникновения этих симптомов. Динамика утраты модальной специфичности стимула, характеризующая формирование патологической диспепсической детерминанты, в большинстве случаев представляла следующую цепочку: возникновение диспепсии при инфузии химиопрепаратов (красный доксорубин) → диспепсия при виде разведенного красного раствора доксорубина (еще до введения химиопрепарата) → диспепсия при воспоминании о химиотерапии (красный раствор доксорубина) → диспепсия при виде красного цвета вообще (вне условий подготовки и проведения химиотерапии).

Максимальные показатели утраты модальной специфичности стимула характеризовались возникновением диспепсии и астено-вегетативных нарушений вне прямой связи с лекарственной терапией, что обычно наблюдалось, начиная с 4-го курса ПХТ. Среди характерных жалоб были сообщения женщин на ухудшение самочувствия в виде появления тошноты (реже рвоты) и приступа слабости, потливости при виде красных вещей в быту (одежда, ковер, посуда и др.) и на улице (цветы, машины, светофор) или даже возникновения мыслей о химиотерапии.

Практическим выводом из такой ситуации является необходимость изменения ряда организационных элементов самой процедуры введения химиопрепаратов. Например, изоляция растворов и инфузионных систем, содержащих цветной препарат, для исключения ассоциативных связей возникающих токсических явлений и «красного» цвета цитостатика. С целью ограничения психогенного влияния ятрогенного «красного» компонента, целесообразно, исключение из речи медицинского персонала цветовой характеристики лекарственных средств, с указанием лишь их наименования или химической группы, что для сознания пациента звучит более нейтрально.

В целом, обобщая результаты комплексного обследования данной группы больных, можно сделать следующие выводы.

1. У 88,3% больных раком молочной железы в период прохождения адъювантной полихимиотерапии (схема FAC) регистрируются явления диспепсии, частота и тяжесть которых увеличиваются по мере прохождения курсов специальной лекарственной терапии.

2. Динамика ведущих клинических проявлений, определяющих самочувствие больных, в большинстве случаев подчиняется принципам формирования патологической эметогенной (диспепсической) детерминанты, с характерной утратой модальной специфичности стимула (на химиопрепарат) и одновременным прогрессированием предварительной диспепсии под воздействием ситуационно обусловленных, преимущественно психогенных факторов (красный цвет, обстановка).

3. Ведущими предрасполагающими факторами формирования диспепсической детерминанты являются отсутствие адекватной профилактики и контроля со стороны сопроводительной терапии возникающих диспепсических и астено-вегетативных нарушений ($P < 0,05$) в период первых трех курсов полихимиотерапии, а так же психологические установки женщин (95,0%) на высокую токсичность и трудную переносимость производных антрациклинового ряда.

4. С целью профилактики и коррекции этих нарушений программы сопроводительного лечения женщин, получающих адъювантную полихимиотерапию (схема FAC), должны проводиться с максимальным усилением антиэметогенной и детоксикационной терапии, а так же включать организационные элементы, ограничивающие негативные психогенные воздействия химиотерапии.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ МАСЛЯНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПАРАМЕТРАЛЬНЫХ РЕЦИДИВАХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*М.Н. Ивахно, А.В. Важенин, М.И. Воронин,
Т.А. Васильева, Н.Б. Бочарникова,
С.А. Бехтерева, Е.С. Привалова,
А.В. Ковалец, А.С. Пащенко, Т.Н. Лейхт*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Прогноз у больных с рецидивами рака шейки матки крайне неблагоприятный. При параметральных рецидивах выбор метода лечения ограничен и сложен: хирургическое вмешательство в радикальном объеме технически не выполнимо и

биологически не оправдано; при выборе метода лучевой терапии наибольшее значение имеют особенности первичного лечения. В случаях неэффективного лучевого лечения, проведенного ранее в полном объеме, развивается выраженная резистентность опухоли.

Лишь использование достаточно больших суммарных поглощенных доз, подводимых к рецидивному узлу в параметриях, может привести к длительному излечению, а это, как правило, не возможно в силу того, что дозовая толерантная нагрузка здоровых тканей, в том числе и смежных органов, практически исчерпана. Химиотерапия рака шейки матки при его рецидивах не получила широкого распространения в силу резистентности опухоли к цитостатикам и их высокой токсичности, что крайне важно для этого контингента больных, учитывая тяжесть общего состояния, лабораторные показатели состояния функций почек, печени, кроветворной функции организма.

Целью настоящего исследования является улучшение непосредственных результатов лечения больных с рецидивами рака шейки матки в параметральную клетчатку.

Материалы и методы. Нами была проведена внутриартериальная масляная химиоэмболизация маточных артерий 5 больным с диагностированным параметральным рецидивом рака шейки матки. Диагноз: параметральный рецидив, был выставлен этим больным на основании клинических данных, бимануального ректовагинального обследования, данных УЗИ органов малого таза, трансвагинального УЗИ органов малого таза, УЗДГ сосудов шейки матки и параметриев, данных КТ органов малого таза (по показаниям), данных МРТ органов малого таза (по показаниям), уровня онкомаркера SCC-A.

После дообследования и установки диагноза, больным проводилась подготовка к рентгенэндоваскулярному вмешательству, рассчитывалась доза подводимого цитостатика, подготовка к системной и регионарной химиотерапии. Затем проводился цикл системной ПХТ по схеме LFP или CAP (в зависимости от гистологического строения первичного очага). Препарат цисплатин в обеих схемах вводился регионарно в процессе масляной химиоэмболизации по следующей методике. В условиях рентген-операционной производилось приготовление химиоэмболизата – смешивание масляного контрастного препарата (йодолипол) с цитостатиком, затем производилась сосудистое вмешательство – пункция бедренной артерии по Сельгиндеру, катетеризация ВПА, ангиография с введением водорастворимого контрастного препарата, по результатам которой во всех 5 случаях была диагностирована па-

тологическая сосудистая сеть. Затем проводилась селективная катетеризация маточной артерии, инфузия химиоэмболизата в магистральную артерию кровоснабжающую область опухолевого поражения. После введения химиоэмболизата в маточную артерию на стороне поражения, катетер устанавливался в бассейн ВПА, проводилась эмболизация опухолевых новообразованных сосудов гидрогелевыми эмболами с целью редукции кровотока. Эмболизации подвергались все обнаруживаемые новообразованные опухолевые артерии с целью тотальной деваскуляризации опухоли. Внутриартериальную химиоэмболизацию, при необходимости, проводили с двух сторон.

Выводы: преимуществами данной методики является то, что внутриартериальная химиоэмболизация мало инвазивна, воздействие селективное – только около 50% препарата попадает в системный кровоток, соответственно повышается концентрация препарата в опухолевой ткани и снижается системное токсическое действие, что приводит к некрозу опухолевой массы. Это позволяет добиться таких положительных эффектов, как снижение дозы химиопрепаратов с уменьшением количества побочных реакций и системного токсического действия, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни у онкологических больных. Также к преимуществам относится и короткий период выздоровления, и возможность проведения повторных курсов.

Побочные эффекты данной методики сравнимы с таковыми при самостоятельной эмболизации и регионарной химиотерапии, а именно – болевой синдром, проявляющийся в первые сутки после проведения процедуры (боли внизу живота); повышение температуры тела, связанное с внутриартериальным вмешательством; тошнота, иногда рвота, связанные с системным действием противоопухолевых препаратов. Все побочные эффекты купировались соответственно обезболивающей (чаще применялись ненаркотические анальгетики), дезинтоксикационной, антиэметической терапией. С целью профилактики гнойно-воспалительных процессов назначалась антибактериальная терапия. Осложнения при проведении данной манипуляции отмечены не были.

Через 1 месяц после проведенного лечения больные вновь проходили ангиографическое обследование, по результатам которого оценивалась динамика заболевания, также для оценки проведенного ранее лечения применялись бимануальное ректовагинальное исследование, УЗИ органов малого таза, УЗДГ сосудов шейки матки и параметриев, МРТ органов малого таза (по показаниям), уровень онкомаркера SCC-A.